

PRB 05-71E

Library
of Parliament



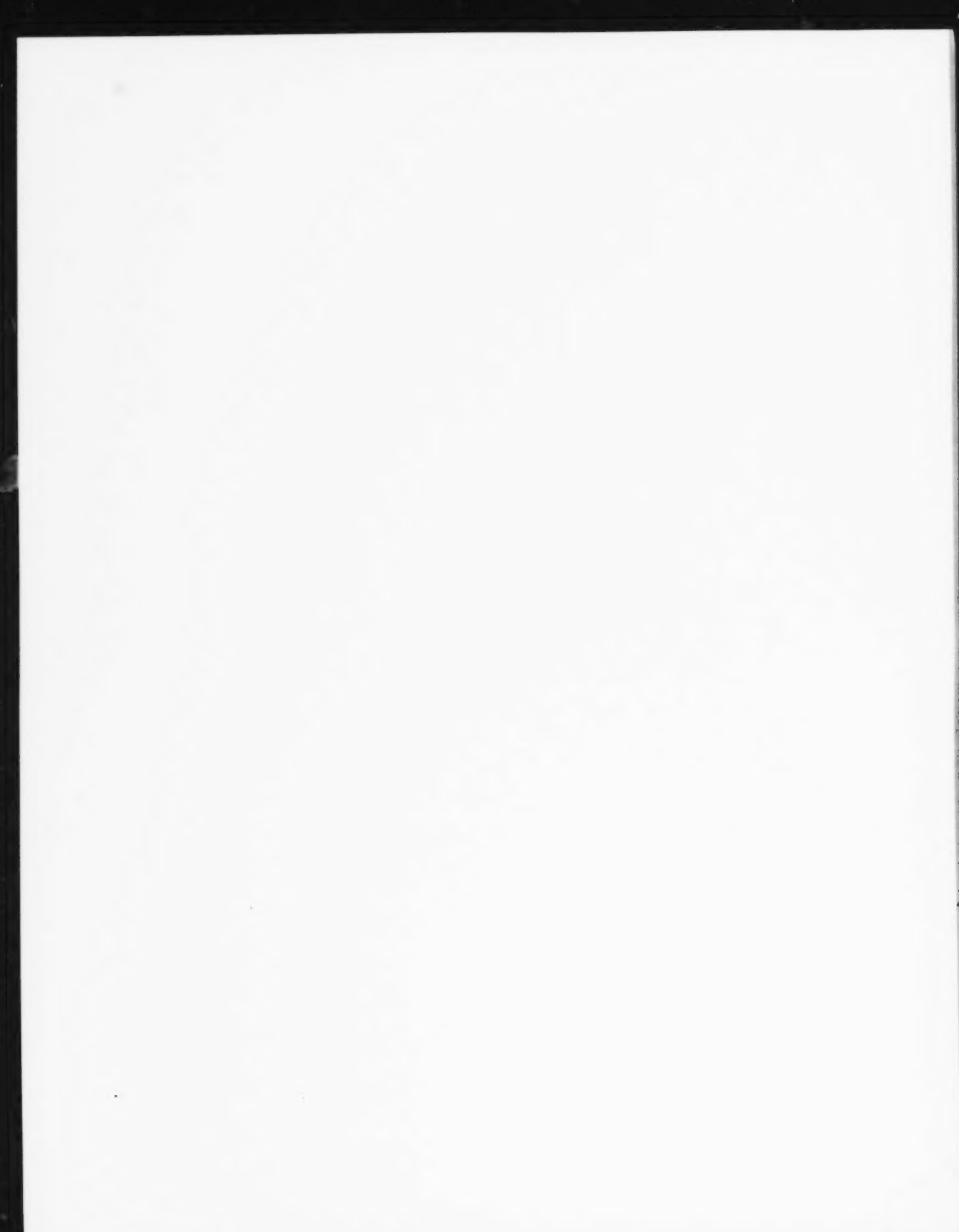
Bibliothèque
du Parlement

**DUPLICATE PRIVATE HEALTH CARE INSURANCE:
POTENTIAL IMPLICATIONS FOR QUEBEC AND CANADA**

Odette Madore
Economics Division

20 March 2006

**PARLIAMENTARY INFORMATION AND RESEARCH SERVICE
SERVICE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE PARLEMENTAIRES**



The Parliamentary Information and Research Service of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Analysts in the Service are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

**CE DOCUMENT EST AUSSI
PUBLIÉ EN FRANÇAIS**

TABLE OF CONTENTS

	Page
INTRODUCTION	1
BRIEF COMPARISON OF THE SYSTEMS	2
THE EVIDENCE: LITERATURE REVIEW	4
POTENTIAL IMPLICATIONS FOR QUEBEC AND CANADA.....	7
QUEBEC'S AND ALBERTA'S RESPONSES TO THE CHAOULLI DECISION	10
CONCLUSION.....	11
REFERENCES	13



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

DUPLICATE PRIVATE HEALTH CARE INSURANCE: POTENTIAL IMPLICATIONS FOR QUEBEC AND CANADA

INTRODUCTION

On 9 June 2005, the Supreme Court of Canada ruled that Quebec's prohibition on private health care insurance, and the resulting limits on its residents' ability to buy privately delivered health care, violates Quebec's *Charter of Human Rights and Freedoms*.⁽¹⁾ This judgment on the Chaoulli case may open the door to a market for "duplicate" private health care insurance in Quebec and – perhaps – in the rest of Canada.⁽²⁾

Duplicate private insurance provides coverage for health services already included under the public health care insurance plan. Individuals holding duplicate private insurance pay twice for health care – through their income taxes and again through their private premiums – as they are not allowed to opt out of the public plan.⁽³⁾ They then have the opportunity to choose where to be treated: either through the publicly funded health care system or through the privately delivered system.

This paper examines the experience of Australia, New Zealand and the United Kingdom – where duplicate private health care insurance is permitted – to assess the potential implications of duplicate private insurance for Quebec's (and Canada's) health care system.

(1) *Chaoulli v. Québec (Attorney General)*, 2005 SCC 35.

(2) See: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*, Government of Quebec, February 2006; Roger Chafe, "Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact," *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, Fall 2005; Valentin Petkantchin, "Using Private Insurance to Finance Health Care," *Economic Note*, Health Series, Montreal Economic Institute, November 2005; Working Group on Quebec's Health Care System, "The Chaoulli Judgment and Private Health Insurance: Seven Proposals to Address the Supreme Court Decision," Press Release, Montreal, 21 November 2005; Colleen M. Flood, Mark Stabile and Sasha Kontic, "Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems," in *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, ed. Colleen M. Flood, Kent Roach and Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, pp. 296-320.

(3) See: OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004; Elias Mossialos and Sarah Thompson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2004.

BRIEF COMPARISON OF THE SYSTEMS

As in Quebec and the other Canadian provinces, the health care system in Australia, New Zealand and the United Kingdom is financed mainly through general taxation. Unlike Quebec and five other provinces (British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario and Prince Edward Island),⁽⁴⁾ Australia, New Zealand and the United Kingdom do not prohibit duplicate private health care insurance.⁽⁵⁾ Although such insurance is permitted in the four other provinces (New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia and Saskatchewan), this has not led to the development of a parallel private system as seen in Australia, New Zealand and the United Kingdom. In these provinces as well as in the others (except Newfoundland and Labrador), economic disincentives (discussed in more detail below) explain the lack of a flourishing private health care sector operating side by side with the publicly funded system.⁽⁶⁾

Australia is the most significant case of duplicate private health care insurance among OECD countries. Duplicate private insurance is allowed for hospital services, but is prohibited for doctors' services rendered outside of hospitals. A large proportion of the population benefits from such insurance, and the Australian government strongly encourages its residents to purchase it by offering a 30% rebate on private premiums. The government also requires that private health care premiums be community rated: private insurers must charge the same premium to all purchasers regardless of income or health status.⁽⁷⁾

Duplicate private health care insurance plays a less significant role in the funding of health care in New Zealand and the United Kingdom, although population coverage has grown steadily in recent years. Unlike the situation in Australia, duplicate private health care insurance in New Zealand and the United Kingdom is allowed for both hospital and doctors' services; it has, however, remained more concentrated in the hospital sector. In contrast to Australia, New Zealand and the United Kingdom neither subsidize nor regulate private health care insurance premiums.⁽⁸⁾

(4) Colleen M. Flood and Tom Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164, No. 6, 20 March 2001, pp. 825-830.

(5) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004).

(6) Flood and Archibald (2001).

(7) OECD (2004).

(8) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004).

In Australia, as in New Zealand and the United Kingdom, doctors are allowed to work in the publicly funded system while at the same time practising in the private sector (this is usually referred to as “dual practice”). Moreover, doctors in these three countries receive a higher remuneration in the private sector.⁽⁹⁾ The possibility of working in both sectors, combined with higher payment in the private sector, has provided an economic incentive for serving private patients.⁽¹⁰⁾

This contrasts sharply with the experience of Quebec and all the other provinces (except Newfoundland and Labrador) where dual practice is either prohibited or strongly discouraged. Doctors cannot obtain remuneration in both the public sector and the private sector at the same time; they must either work in the public sector or “opt out”⁽¹¹⁾ of it entirely in order to take up practice in the private sector. And even though every province permits doctors to opt out, provincial health care insurance legislation often uses economic disincentives to deter doctors from doing so. In Manitoba, Nova Scotia and Ontario,⁽¹²⁾ doctors who opt out of the public plan cannot charge privately more than the amount payable under the public plan; there is, accordingly, no additional gain from serving private patients. In Quebec and five other provinces (Alberta, British Columbia, New Brunswick, Prince Edward Island and Saskatchewan), doctors who opt out can charge more than the fee schedule under the public plan but their patients cannot obtain reimbursement from the public plan. In other words, patients must pay out of their own pockets the full cost of the health service they receive. The demand for services provided by doctors who have opted out is thus small, in that it is restricted to those who can afford to pay.⁽¹³⁾

As a result of provincial health care legislation, the number of doctors who have opted out is very limited in Canada. As of 31 March 2004, no doctors had opted out of the public plan in Alberta, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia,

(9) It should be noted that, in the United Kingdom, doctors working full-time in public hospitals are limited in the amounts that they may bill in the private sector to supplement income earned in the public sector.

(10) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004); Carolyn Hughes Tuohy, Colleen M. Flood and Mark Stabile, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*, University of Toronto, October 2000.

(11) Physicians “opt out” when they choose to give up their rights to bill the public health care insurance plan, and take up practice in the private sector.

(12) In Ontario, opting out is no longer generally allowed since May 2004. Doctors who had opted out prior to that date may, however, continue to practise privately.

(13) Flood and Archibald (2001).

Prince Edward Island and Saskatchewan. In comparison, 6 doctors had opted out in British Columbia, 129 in Ontario and 97 in Quebec.⁽¹⁴⁾

Newfoundland and Labrador is the only province that does not use any economic disincentives to discourage doctors from opting out of the public plan. And as mentioned above, this province also allows dual practice as well as duplicate private health care insurance.⁽¹⁵⁾ The health care system in Newfoundland and Labrador therefore appears somewhat similar to that of Australia, New Zealand and the United Kingdom. Nonetheless, the province has not seen the development of a significant private sector in health care insurance and delivery, probably because the small population size and lower income levels do not generate sufficient patient demand.

Despite the prohibition on duplicate private health care insurance and the economic disincentives that discourage doctors from opting out of the public plan, a small parallel private health care system has nonetheless developed in recent years in Quebec as well as in some other provinces. This parallel private system has been supported by some clients' ability to pay. Canadians who can afford to pay the full cost of health care have better access to diagnostic imaging services⁽¹⁶⁾ and some surgical procedures provided in Canada or out of country (mostly in the United States). Lifting the prohibition on duplicate private health care insurance would further stimulate this parallel private system.

THE EVIDENCE: LITERATURE REVIEW

What could be the potential implications of duplicate private health care insurance for Canada's health care system? In theory, there are a number of economic arguments in favour of duplicate private health care insurance. First of all, duplicate private insurance increases individuals' choice; all other things being equal, this increases overall social welfare. Second, those who can purchase duplicate private health care insurance can obtain faster treatment in the

(14) Health Canada, *Canada Health Act Annual Report 2003-2004*, December 2004; Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2006).

(15) Flood and Archibald (2001).

(16) Odette Madore, *Private Diagnostic Imaging Clinics and the Canada Health Act*, PRB 05-02E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 17 May 2005.

private sector; this, in turn, reduces waiting times for those who remain in the publicly funded health care system. And third, duplicate private health care insurance not only reduces the demand in the public sector; since those who obtain privately funded health care still continue to pay taxes to support the publicly funded system, this also increases the resources available on a per capita basis in the public sector. What does the evidence from Australia, New Zealand and the United Kingdom say? An overview of the recent literature on this issue suggests the following:

- The demand for duplicate private health care insurance is associated with reduced quality (either actual or perceived) of publicly funded health care, which is often measured by waiting lists.⁽¹⁷⁾
- The demand for duplicate private health care insurance is strongly related to income. Individuals with high income and education levels are more likely to purchase duplicate private insurance.⁽¹⁸⁾
- Those who can afford to pay for duplicate private health care insurance benefit from a wider choice of providers and faster access to care. This has generated inequity in terms of access to care and coverage according to insurance status.⁽¹⁹⁾
- Duplicate private health care insurance may allow individuals to “jump the queue.” This is particularly so when individuals obtain a diagnosis privately and then – should care be required – return to the publicly funded health care system for treatment one step ahead of patients still waiting to obtain publicly funded diagnostic tests.⁽²⁰⁾
- While privately insured individuals receive faster access to care, this does not necessarily reduce waiting times in the public sector, the only choice for those with no private insurance coverage. Some recent Australian data show a decline in waiting times associated with an increase in the purchase of private insurance, but other sources show little improvement.⁽²¹⁾

(17) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004); Jeremiah Hurley, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley and Deborah Cobb-Clark, *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the Study of Labour (Bonn, Germany), Discussion Paper Series, No. 515, June 2002.

(18) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004).

(19) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004); Stephen J. Buckett, “Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals,” *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 173, No. 7, 27 September 2005, pp. 745-747; Robert G. Evans, “Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance,” in Flood, Roach and Sossin (2005), pp. 347-368; Tuohy, Flood and Stabile (2000); Herb Emery and Kevin Gerrits, *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*, Department of Economics, University of Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1 November 2005.

(20) Mossialos and Thompson (2004).

(21) OECD (2004).

When waiting times declined in the publicly funded health care system in the United Kingdom, this was in response to an infusion of public funding and not the result of an increase in the uptake of private insurance.⁽²²⁾

- Although duplicate private health care insurance is permitted in Australia, New Zealand and the United Kingdom, these countries have historically faced similar or longer waiting times than those in Canada.⁽²³⁾
- The development of a parallel private sector can increase waiting times in the public sector, particularly when doctors can work simultaneously in both the public and private sectors.⁽²⁴⁾
- When doctors are allowed to practise in both the public and private sectors and receive higher remuneration through duplicate private health care insurance, this encourages high service volumes and productivity in private health care delivery. Conversely, this may result in a reduction in the quantity and quality of doctors' time devoted to patients in the publicly funded health care system.⁽²⁵⁾
- Higher remuneration in the private sector also provides some incentive to delay surgery in the public sector, that is, to maintain long waiting lists in the public sector, so that patients may be attracted or forced to move into the more lucrative private sector. These concerns appear to be more critical when there are shortages in the supply of doctors.⁽²⁶⁾
- Ethical concerns may arise within the private system also where doctors become entrepreneurs in the private clinics or firms to which they refer privately insured patients.⁽²⁷⁾
- Duplicate private health care insurance has provided financing for capacity development in the private hospital sector, most notably in Australia. Duplicate private insurance also generates additional revenue for public hospitals which, in Australia and the United Kingdom, are allowed to treat private patients.⁽²⁸⁾
- Public and private health care sectors are not perfect substitutes for one another. Private hospitals and facilities tend to specialize in less complicated, elective procedures. Therefore, individuals holding private insurance must still rely on the public sector for their emergency

(22) Flood, Stabile and Kontic (2005); Tuohy, Flood and Stabile (2000).

(23) Tuohy, Flood and Stabile (2000); Luigi Siciliani and Jeremiah Hurst, *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No. 7, 7 October 2003.

(24) Hurley *et al.* (2002); Buckett (2005).

(25) OECD (2004); Buckett (2005).

(26) Buckett (2005); Flood, Stabile and Kontic (2005); Trudo Lemmens and Tom Archibald, "The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care," in Flood, Roach and Sossin (2005), pp. 323-346; Siciliani and Hurst (2003).

(27) Lemmens and Archibald (2005).

(28) OECD (2004).

services. Privately insured individuals continue to use publicly funded health care even if they hold private coverage. A privately financed surgical procedure is often associated with a variety of related pre- and post-operation health services, such as visits and diagnostic tests, many of which are obtained from the public system. It has been suggested that private facilities "cream off" the less complicated cases, leaving public hospitals with a relatively more complex and expensive case mix.⁽²⁹⁾

- The potential of duplicate private health care insurance for shifting demand and cost from the public to the private sector has proven to be small. Perhaps more importantly, the evidence suggests that duplicate private insurance has promoted an increase in overall utilization and treatment intensity, rather than just shifting demand from the public to the private hospital system.⁽³⁰⁾ In Australia, the cost saving in public funding is also offset by public subsidies for private insurance purchasers.
- The potential for cost savings in the public sector is further limited by health care inputs. The supply of many health care resources – such as physicians, nurses, and technicians – is relatively inelastic in the short run. The private and public sectors must therefore compete for these limited resources, and the resulting competition can increase input prices. Physicians in Australia and the United Kingdom can earn 3-4 times more working in the private sector than in the public sector.⁽³¹⁾ The net result is that, in the presence of duplicate insurance, the publicly funded sector must either provide fewer resources or increase funding to maintain the previous real service levels.⁽³²⁾
- Overall, the evidence suggests that duplicate private insurance has added to total health care expenditures and has not significantly reduced public spending.⁽³³⁾ It is, however, unclear whether duplicate private insurance has led to decreased support for the publicly funded health care system.⁽³⁴⁾

POTENTIAL IMPLICATIONS FOR QUEBEC AND CANADA

The Chaoulli decision has opened the door to duplicate private health care insurance, at least from a legal perspective. As a result of this ruling, it is no longer possible to simply debate the question of whether or not a private market for health care insurance should exist. Rather, the question now is how best to make use of the duplicate private health care insurance market given the lessons learned from other countries' experience.

(29) Buckett (2005); Tuohy, Flood and Stabile (2000).

(30) OECD (2004); Mossialos and Thompson (2004).

(31) OECD (2004).

(32) Hurley *et al.* (2002).

(33) OECD (2004).

(34) Tuohy, Flood and Stabile (2000).

For one thing, it is still unclear whether an active duplicate private health care insurance market will develop in Quebec. No such market exists in Saskatchewan, New Brunswick, Nova Scotia or Newfoundland and Labrador, although there is no legislative prohibition against private insurance for health services that are publicly covered. Should a market for duplicate private health care insurance develop in Quebec, it would be reasonable to expect that court challenges similar to the Chaoulli case may be undertaken in the five other provinces where duplicate private insurance is currently prohibited. It is also likely that some of these provinces may decide to lift their ban on duplicate private insurance in order to ensure that their approach to health care remains consistent with the Supreme Court's ruling in Chaoulli.

Quebeckers and other Canadians alike who currently self-finance private care would be the first willing to purchase duplicate private health care insurance. Beyond this group, the proportion of the population that would be interested in buying duplicate private insurance would depend on the level of the premium charged by private insurers.⁽³⁵⁾ The literature review suggests, however, that duplicate private insurance would not be readily available to individuals with pre-existing health conditions, nor would it be available to those who cannot afford it. Although it is still unclear how many residents in Quebec and elsewhere in Canada would purchase private health care insurance, it appears more likely to benefit those with a higher income and better health status, as evidenced in Australia, New Zealand and the United Kingdom.

Canadians' ability to purchase duplicate private health care insurance would certainly increase the demand for privately delivered health care and, as the experience in Australia, New Zealand and the United Kingdom indicates, this would encourage further investment in capacity development in the existing parallel private system. This, in turn, would create incentives for doctors to opt out. The number of doctors deciding to opt out as a consequence of duplicate private health care insurance would depend on whether provincial health care legislation maintained or removed the current economic disincentives with respect to dual practice. Given that there is currently a shortage of doctors in all provinces, there is a risk that the expansion of the parallel private system resulting from the introduction of duplicate private insurance might reduce the availability of doctors in the publicly funded system, as experienced in Australia, New Zealand and the United Kingdom.

(35) Should duplicate coverage be provided through employer-sponsored health care insurance, the proportion of Canadians covered by private insurance would be larger than if duplicate insurance were provided only through the individual insurance market.

With respect to waiting times, some contend that a private health care sector – to be financed by duplicate private insurance – could serve as a “safety valve” and fill in when waiting times in the public system grow too long. The publicly funded system could turn to this private sector by referring patients instead of sending them to the United States, as it sometimes does now. These commentators maintain that the existence of a private sector in health care is thus likely to benefit not only those who are privately insured but also those who remain in the publicly funded system.⁽³⁶⁾ These views, however, are not supported by international evidence. Based on the experience in Australia, New Zealand and the United Kingdom, it is unclear to what extent duplicate private insurance can reduce waiting times in the public sector.

It has been suggested that provincial governments could intervene in order to make the best use of, and to alleviate the negative impact generated by, duplicate private insurance. Possible areas of intervention include the following:

- regulating private health care premiums by requiring community rating (this would respond to inequity concerns);
- limiting the fees that doctors can charge their private patients to the amounts that they would receive if they billed the public plan (this would discourage opting out);
- encouraging private patients not to rely on the public system for privately covered services (this would maximize cost shifting between the public and the private sector);
- maintaining a single waiting list for both publicly and privately insured patients (this would ensure equity of access to health services no matter where care is provided);
- reserving equipment in public hospitals for the exclusive use of patients covered by the public plan (this would reduce the risk for government of indirectly subsidizing privately delivered health services).⁽³⁷⁾

The intervention of the federal government has also been recommended to prevent a growth in private health care resulting from the Chaoulli decision. The New Democratic Party has proposed that the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act* be amended to: prohibit the provinces from using federal funds to subsidize private providers; prohibit provinces from allowing doctors who deliver publicly funded care to also provide privately funded services; and require provinces to report annually on the allocation of federal

(36) Petkantchin (2005).

(37) OECD (2004); Working Group on Quebec's Health Care System (2005).

transfer payments to the public system.⁽³⁸⁾ For his part, Ujjal Dosanjh, former federal minister of health, proposed that the accessibility criterion of the *Canada Health Act* be interpreted as precluding "the practice of physicians providing the same services on both a publicly insured and a privately paid basis."⁽³⁹⁾ These two proposals would effectively prevent doctors from engaging in dual practice.

QUEBEC'S AND ALBERTA'S RESPONSES TO THE CHAOULLI DECISION

In response to the Chaoulli ruling, the Government of Quebec has proposed two interrelated solutions: a wait time guarantee of six months, combined with a partial lifting of the prohibition on duplicate private health care insurance.⁽⁴⁰⁾ A six-month wait time guarantee would apply to some elective surgeries defined by regulation. Initially, these surgeries would be limited to hip, knee and cataract procedures. Duplicate private insurance would be permitted only for these targeted elective surgeries and would be limited to health services obtained from doctors who have opted out. The process would work as follows. The guarantee would provide that patients not treated within the prescribed wait time of six months would be given the opportunity to have their operation performed in another establishment – either in the region or outside of the region – or in a specialized clinic affiliated with the public sector. Should the wait time exceed nine months, patients would have their operation performed outside Quebec or Canada or by private providers, but the full cost of the surgery would be covered under the provincial health care insurance plan. At any time, patients holding duplicate private insurance could give up the right conferred on them by the wait time guarantee and obtain faster access to the needed elective surgery through the privately funded sector; this surgery could be performed only by doctors who have opted out.

To preserve the integrity of its publicly funded health care system, the Quebec government has also proposed that duplicate private health care insurance should be limited to health services obtained from doctors who have opted out. In addition, the current prohibition on

(38) New Democratic Party, "Layton Outlines Chaoulli Response Law to Protect Public Medicare," News Release, 6 October 2005.

(39) Health Canada, "Canadian Public Health Care Protection Initiative," News Release, 3 November 2005.

(40) Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2006).

dual practice would be maintained. The proposals also indicate that duplicate private insurance should cover the entire care episode, including rehabilitation and home care. The Quebec government holds the view that the solution it has proposed in response to the Chaoulli decision ensures that the private sector will play a complementary role to that of the publicly funded health care system, as opposed to a competitive one.⁽⁴¹⁾

The role envisioned for duplicate health care insurance within Quebec's health care system appears to be much more limited than is the case in Australia, New Zealand and the United Kingdom. The provincial government could, in the longer term, decide to extend duplicate private coverage to a wider range of health services, thus moving away from a complementary and towards a more competitive role. Preserving the ban on dual practice would help limit the potential for growth in the parallel private system.

In comparison, the Alberta government is considering the possibility of removing the current ban on duplicate private insurance as a result of the Chaoulli decision. Perhaps more importantly, it is also considering the possibility of lifting the prohibition that currently prevents doctors from opting out, so as to encourage dual practice. The proposed reform would bring Alberta's health care system somewhat closer to that of Australia, New Zealand and the United Kingdom. Unlike doctors in those three countries, however, doctors in Alberta who engage in dual practice would be required to commit a minimum amount of time to the public system.⁽⁴²⁾

CONCLUSION

The Chaoulli decision opens the door to duplicate private health care insurance not only in Quebec, but also in some other provinces, notably Alberta. Duplicate private insurance is currently permitted in Australia, New Zealand and the United Kingdom. Such insurance, combined with doctors' ability to engage in dual practice (that is, to work in the publicly funded system while at the same time practising in the private sector), has encouraged the development of a viable parallel private system for health care in these three countries. Duplicate private health care insurance has brought two substantial benefits: a wider choice of

(41) Sylvie Bourdeau, "Chaoulli Opens the Door to Private Clinics and Private Insurance in the Health Sector in Québec," *Health Law Bulletin*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, February 2006.

(42) Alberta Health and Wellness, *Health Policy Framework*, Government of Alberta, February 2006; Government of Alberta, *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*, November 2005.

providers and faster access to care for those who can afford private insurance; and additional funding for capacity development in the hospital sector. At the same time, however, it has raised concerns about inequity of access and length of waiting times. It may be useful for Quebec and the other provinces to examine the lessons learned from the experience of Australia, New Zealand and the United Kingdom in order to maximize the advantages offered by duplicate private health care insurance.

REFERENCES

- Alberta Health and Wellness. *Health Policy Framework*. Government of Alberta, February 2006. http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/policy_framework.pdf.
- Bourdeau, Sylvie. "Chaoulli Opens the Door to Private Clinics and Private Insurance in the Health Sector in Québec." *Health Law Bulletin*. Fasken Martineau DuMoulin LLP, February 2006. [http://www.fasken.com/web/findwebsite.nsf/AllDoc/1BA71CAE815D65058525711D005F1504/\\$File/CHAOULLI_OPENS_THE_DOOR_TO_PRIVATE_CLINICS_AND_PRIVATE_INSURANCE_IN_THE_HEALTH_SECTOR_IN_QUEBEC.PDF!OpenElement](http://www.fasken.com/web/findwebsite.nsf/AllDoc/1BA71CAE815D65058525711D005F1504/$File/CHAOULLI_OPENS_THE_DOOR_TO_PRIVATE_CLINICS_AND_PRIVATE_INSURANCE_IN_THE_HEALTH_SECTOR_IN_QUEBEC.PDF!OpenElement).
- Buckett, Stephen J. "Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 173, No. 7, 27 September 2005, pp. 745-747. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/7/745>.
- Chafe, Roger. "Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact." *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, Fall 2005. http://www.nlmna.nf.ca/nexus/issues/fall_2005/articles/article_8.html.
- Colombo, Francesca, and Nicole Tapay. *Private Health Care Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers, No. 15, 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>.
- Emery, Herb, and Kevin Gerrits. *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*. Department of Economics, University of Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1 November 2005. http://www.irpp.org/events/archive/nov05JDI/emery_gerrits.pdf.
- Evans, Robert G. "Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance." In *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, ed. Colleen M. Flood, Kent Roach and Lorne Sossin. University of Toronto Press, 2005, pp. 347-368.
- Flood, Colleen M., Mark Stabile and Sasha Kontic. "Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems." In *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, ed. Colleen M. Flood, Kent Roach and Lorne Sossin. University of Toronto Press, 2005, pp. 296-320.
- Flood, Colleen M., and Tom Archibald. "The Illegality of Private Health Care in Canada." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164, No. 6, 20 March 2001, pp. 825-830. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>.
- Government of Alberta. *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*. November 2005.

- <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/CaucusPrivateinsuranceOct19.pdf>.
Health Canada. *Canada Health Act Annual Report 2003-2004*. December 2004.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_e.pdf.
- Health Canada. "Canadian Public Health Care Protection Initiative." News Release. 3 November 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_e.html.
- Hurley, Jeremiah, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley and Deborah Cobb-Clark. *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*. Institute for the Study of Labour (Bonn, Germany), Discussion Paper Series, No. 515, June 2002. <ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf>.
- Jackman, Martha. "The Last Line of Defence for [Which] Citizens: Accountability, Equality and the Right to Health in Chaoulli." *Osgoode Hall Law Journal*, 2006, forthcoming.
- Lemmens, Trudo, and Tom Archibald. "The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care." In *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, ed. Colleen M. Flood, Kent Roach and Lorne Sossin. University of Toronto Press, 2005, pp. 323-346.
- Madore, Odette. *Private Diagnostic Imaging Clinics and the Canada Health Act*. PRB 05-02E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 17 May 2005.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*. Government of Quebec, February 2006. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>.
- Mossialos, Elias, and Sarah Thompson. *Voluntary Health Insurance in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2004. <http://www.euro.who.int/document/E84885.pdf>.
- New Democratic Party. "Layton Outlines Chaoulli Response Law to Protect Public Medicare." News Release. 6 October 2005. <http://www.ndp.ca/page/1652>.
- OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries*. The OECD Health Project, 2004. For a summary of this report, see: OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries – Policy Brief*. <http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>.
- Petkantchin, Valentin. "Using Private Insurance to Finance Health Care." *Economic Note*, Health Series, Montreal Economic Institute, November 2005.
http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_en.pdf.
- Siciliani, Luigi, and Jeremiah Hurst. *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No. 7, 7 October 2003.
<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>.

Supreme Court of Canada. *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, 2005 SCC 35, 9 June 2005.
http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/en/pub/2005/vol1/html/2005scr1_0791.html.

Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood and Mark Stabile. *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*. University of Toronto, October 2000. <http://www.chass.utoronto.ca/cepa/Private.pdf>.

Working Group on Quebec's Health Care System. "The Chaoulli Judgment and Private Health Insurance: Seven Proposals to Address the Supreme Court Decision." Press Release. Montreal, 21 November 2005. http://www.iss.uqam.ca/pages/pdf/CHpress_release.pdf.

Library
of Parliament



Bibliothèque
du Parlement

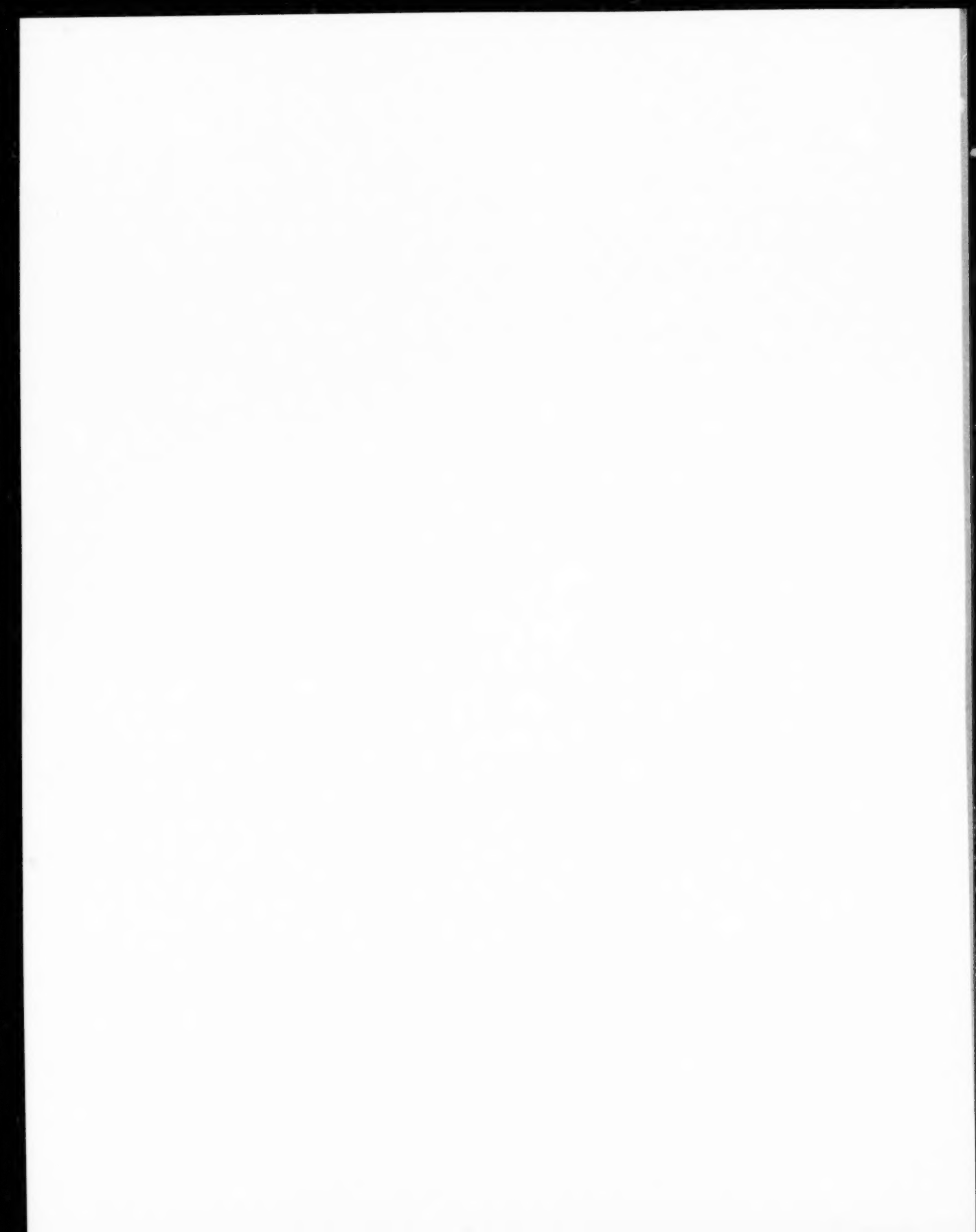
PRB 05-71F

**L'ASSURANCE-SANTÉ PRIVÉE « DUPLICATIVE » :
CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA**

**Odette Madore
Division de l'économie**

Le 20 mars 2006

**PARLIAMENTARY INFORMATION AND RESEARCH SERVICE
SERVICE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE PARLEMENTAIRES**

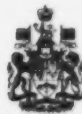


Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
BRÈVE COMPARAISON DES SYSTÈMES	2
LES ÉLÉMENTS DE PREUVE : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION.....	5
CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA.....	8
RÉACTIONS DU QUÉBEC ET DE L'ALBERTA À L'ARRÊT <i>CHAOULLI</i>	11
CONCLUSION.....	12
BIBLIOGRAPHIE.....	13



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'ASSURANCE-SANTÉ PRIVÉE « DUPLICATIVE » : CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA

INTRODUCTION

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a statué que l'interdiction par le Québec de l'assurance-santé privée et les restrictions qui en résultent pour ses résidents quant à la possibilité d'obtenir des soins dans le secteur privé contreviennent à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec⁽¹⁾. Cet arrêt, rendu dans l'affaire *Chaoulli*, pourrait ouvrir la voie à une assurance-santé privée « duplicative » au Québec et – peut-être – dans le reste du Canada⁽²⁾.

L'assurance privée duplicative offre une protection pour des soins de santé déjà couverts par le régime public d'assurance-santé. Les gens qui adhèrent à un régime privé d'assurance-santé paient deux fois leurs soins : par le truchement de leur impôt sur le revenu et, de nouveau, par leurs primes d'assurance, car ils ne peuvent se retirer du régime public⁽³⁾. Ils ont ensuite la possibilité de choisir dans quel régime ils obtiendront leurs soins : le régime financé par l'État ou le régime privé.

(1) *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35.

(2) Voir Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*, Gouvernement du Québec, février 2006; Roger Chafe, « Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact », *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, automne 2005; Valentin Petkantchin, *Note économique* sur le financement des soins de santé privés, Collection « santé », Institut économique de Montréal, novembre 2005; Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec, « L'arrêt Chaoulli et le système de santé du Québec : Sept propositions pour répondre au jugement de la Cour suprême », communiqué, Montréal, 21 novembre 2005; Colleen M. Flood, Mark Stabile et Sasha Kontic, « Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 296 à 320.

(3) Voir OCDE, *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004; Elias Mossialos et Sarah Thompson, *L'assurance-maladie volontaire dans plusieurs États membres de l'UE*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, 2004.

Le présent document passe en revue les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni – où les régimes privés duplicatifs sont permis – afin d'évaluer les conséquences possibles de tels régimes pour le Québec (et le Canada).

BRÈVE COMPARAISON DES SYSTÈMES

Comme au Québec et dans les autres provinces canadiennes, le système de soins de santé de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni est financé principalement par le régime d'imposition général. Contrairement au Québec et à cinq autres provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard)⁽⁴⁾, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni n'interdisent pas l'assurance-santé privée duplicative⁽⁵⁾. De tels régimes sont autorisés dans les quatre autres provinces (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan), mais cela n'a pas entraîné la mise en place d'un système privé parallèle comme en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Dans ces provinces et dans les autres (à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador), des facteurs de dissuasion économique (examinés plus en détail ci-dessous) expliquent l'absence de régimes privés florissants et fonctionnant côte à côte avec le régime public⁽⁶⁾.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est l'Australie qui constitue l'exemple le plus notable d'assurance-santé fournie par le secteur privé. On y permet une assurance privée duplicative pour les services hospitaliers, mais on l'interdit pour les services de médecin dispensés en dehors des hôpitaux. Une proportion importante de la population bénéficie de l'assurance privée et le gouvernement australien encourage fortement ses résidents à se la procurer en offrant une remise de 30 p. 100 sur les primes. Le gouvernement exige également que l'assurance privée soit à tarification uniforme : les assureurs privés doivent imposer les mêmes primes à tous les acheteurs, peu importe leur revenu ou leur état de santé⁽⁷⁾.

(4) Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830.

(5) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

(6) Flood et Archibald (2001).

(7) OCDE (2004).

Les régimes privés duplicatifs jouent un rôle moins important dans le financement des soins de santé en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, bien que la proportion de la population ainsi assurée ait augmenté constamment ces dernières années. Contrairement à ce qui se passe en Australie, les assurances privées duplicatives de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni sont autorisées tant pour les services hospitaliers que pour les services médicaux; toutefois, elles sont demeurées plus concentrées dans le secteur hospitalier. Contrairement à l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne subventionnent ni ne réglementent les primes des régimes privés d'assurance-santé⁽⁸⁾.

En Australie, comme en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les médecins peuvent travailler dans le système public tout en continuant à pratiquer dans le secteur privé (ce qu'il est convenu d'appeler la « double pratique »). En outre, dans ces trois pays, les médecins obtiennent une meilleure rémunération dans le secteur privé⁽⁹⁾. La possibilité de travailler dans les deux secteurs, conjuguée à une rétribution plus élevée dans le secteur privé, a créé un incitatif économique pour servir les patients des régimes privés⁽¹⁰⁾.

Cela est très différent de l'expérience du Québec et de toutes les autres provinces (à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador), où la double pratique est soit interdite soit fortement découragée. Les médecins ne peuvent être rémunérés en même temps par le secteur public et le secteur privé; ils doivent soit travailler dans le secteur public, soit se « désengager », c'est-à-dire se retirer du régime entièrement afin de se consacrer à leur pratique dans le secteur privé⁽¹¹⁾. Et même si chaque province autorise les médecins à se désengager, les lois provinciales en matière d'assurance-santé comportent souvent des facteurs de dissuasion économique qui les découragent de le faire. Au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et en Ontario⁽¹²⁾, les médecins qui se retirent du régime public ne peuvent réclamer à leurs patients dans le secteur privé des sommes supérieures à celles qui sont payables en vertu du régime public; il n'y a donc pour eux aucun

(8) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

(9) Il convient de noter qu'au Royaume-Uni, on limite pour les médecins travaillant à plein temps dans des hôpitaux publics les sommes qu'ils peuvent facturer dans le secteur privé pour compléter leurs revenus du secteur public.

(10) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Carolyn Hughes Tuohy, Colleen M. Flood et Mark Stabile, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Université de Toronto, octobre 2000.

(11) Lorsque les médecins se « désengagent », ils renoncent à leur droit de facturer le régime public.

(12) En Ontario, le désengagement n'est plus autorisé de façon générale depuis mai 2004. Les médecins qui s'étaient retirés du régime avant cette date peuvent toutefois continuer à pratiquer dans le secteur privé.

gain additionnel provenant des patients traités dans le secteur privé. Au Québec et dans cinq autres provinces (l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan), les médecins qui se désengagent peuvent réclamer des honoraires plus élevés que ceux prévus dans le régime public, mais leurs patients ne peuvent se faire rembourser par le régime public. Autrement dit, les patients doivent assumer eux-mêmes l'ensemble des coûts des services de santé qu'ils reçoivent. La demande de services dispensés par des médecins qui se sont désengagés est par conséquent minime, car elle se limite à ceux qui sont en mesure de payer⁽¹³⁾.

À cause des lois provinciales en matière de soins de santé, le nombre de médecins désengagés est très limité au Canada. Au 31 mars 2004, aucun médecin ne s'était retiré du régime public en Alberta, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Par comparaison, six médecins s'étaient retirés en Colombie-Britannique, 129 en Ontario et 97 au Québec⁽¹⁴⁾.

Terre-Neuve-et-Labrador est la seule province qui n'a pas recours à des facteurs de dissuasion économique pour décourager les médecins de se désengager. Comme nous l'avons mentionné plus haut, cette province autorise également la double pratique et l'assurance-santé privée duplicative⁽¹⁵⁾. Il s'ensuit que le système de soins de santé de la province s'apparente quelque peu à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni. Néanmoins, il ne s'est pas développé d'activité importante en ce qui concerne l'assurance-santé et la prestation des soins dans le secteur privé, sans doute parce que la petite taille de la population et les revenus plus faibles n'ont pas donné lieu à une demande suffisante de la part des patients.

Malgré l'interdiction qui frappe l'assurance privée duplicative et les facteurs de dissuasion économique qui découragent les médecins de se retirer du régime public, un modeste système privé parallèle de soins de santé s'est néanmoins développé ces dernières années au Québec et dans certaines autres provinces. Ce système a pu se maintenir grâce à la capacité de payer de certains clients. Les Canadiens qui peuvent assumer le plein prix des soins ont un

(13) Flood et Archibald (2001).

(14) Santé Canada, *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, décembre 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006).

(15) Flood et Archibald (2001).

meilleur accès aux services d'imagerie diagnostique⁽¹⁶⁾ et à certains actes chirurgicaux offerts au Canada ou à l'extérieur du pays (surtout aux États-Unis). Lever l'interdiction dont fait l'objet l'assurance-santé privée duplicative aurait pour effet de stimuler ce système privé parallèle.

LES ÉLÉMENTS DE PREUVE : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION

Quelles seraient les conséquences possibles d'une assurance-santé privée duplicative pour le système de soins de santé du Canada? En théorie, de nombreux arguments économiques militent en faveur de ce type d'assurance. Premièrement, les régimes privés duplicatifs élargissent les choix de l'individu; toutes choses égales par ailleurs, cela accroît le bien-être social général. Deuxièmement, ceux qui peuvent s'acheter une assurance privée duplicative peuvent se faire traiter plus rapidement dans le secteur privé, de sorte que les temps d'attente sont réduits pour ceux qui demeurent dans le système de soins de santé public. Et troisièmement, l'assurance privée duplicative ne fait pas que réduire la demande dans le secteur public; puisque les gens qui obtiennent des soins dans le secteur privé continuent de financer le système public grâce à leurs impôts, il y a un accroissement des ressources par habitant dans le secteur public. Que ressort-il des expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni? Un survol des documents récents sur la question révèle ce qui suit :

- La demande d'assurance privée duplicative est associée à une réduction (réelle ou perçue) de la qualité dans le régime public de soins de santé, souvent mesurée par la longueur des listes d'attente⁽¹⁷⁾.
- La demande d'assurance privée duplicative est en rapport étroit avec le revenu. Les gens qui ont un revenu et un niveau d'instruction élevés sont plus susceptibles d'acheter une assurance privée duplicative⁽¹⁸⁾.

(16) Odette Madore, *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, Ottawa, PRB 05-02F, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 17 mai 2005.

(17) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Jeremiah Hurley, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley et Deborah Cobb-Clark, *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the Study of Labour (Bonn, Allemagne), Discussion Paper Series, n° 515, juin 2002.

(18) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

- Ceux qui peuvent se permettre de payer une assurance privée duplicative bénéficient d'un plus grand choix de fournisseurs et d'un accès plus rapide aux soins. Il en résulte des inégalités sur les plans de l'accès aux soins et des services offerts selon l'étendue de la protection assurée⁽¹⁹⁾.
- Les assurances privées duplicatives peuvent permettre à des patients de « resquiller ». C'est le cas en particulier lorsque quelqu'un obtient un diagnostic dans le secteur privé, puis – si des soins sont requis – revient dans le secteur public pour se faire traiter avec une longueur d'avance sur les patients qui n'ont pas encore obtenu leurs tests diagnostiques du secteur public⁽²⁰⁾.
- Alors que l'accès aux soins est plus rapide pour ceux qui sont assurés dans le secteur privé, les temps d'attente ne sont pas forcément réduits dans le secteur public, seul choix s'offrant à ceux qui ne peuvent obtenir de protection dans le secteur privé. Certaines données australiennes récentes font état d'un déclin dans les temps d'attente résultant d'une augmentation des achats d'assurances privées, mais d'autres sources signalent peu d'amélioration⁽²¹⁾. Au Royaume-Uni, la réduction des temps d'attente dans le secteur public a résulté d'une injection de fonds publics et non d'une augmentation des souscriptions à des assurances privées⁽²²⁾.
- Bien que l'assurance privée duplicative soit autorisée en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, ces pays ont depuis longtemps des temps d'attente semblables ou plus longs que ceux que l'on connaît au Canada⁽²³⁾.
- La mise en place d'un système privé parallèle peut allonger les temps d'attente dans le secteur public, en particulier lorsque les médecins peuvent travailler simultanément dans le public et le privé⁽²⁴⁾.
- Lorsque les médecins sont autorisés à pratiquer dans les secteurs public et privé et qu'ils reçoivent une plus forte rémunération de l'assurance privée duplicative, cela favorise une hausse du volume des prestations et de la productivité dans le privé. À l'inverse, il peut en résulter une réduction du temps et de la qualité du temps que les médecins consacrent aux patients dans le régime public⁽²⁵⁾.

(19) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Stephen J. Buckett, « Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 173, n° 7, 27 septembre 2005, p. 745 à 747; Robert G. Evans, « Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance », dans Flood, Roach et Sossin (2005), p. 347 à 368; Tuohy, Flood et Stabile (2000); Herb Emery et Kevin Gerrits, *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*, Département d'économie, Université de Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1^{er} novembre 2005.

(20) Mossialos et Thompson (2004).

(21) OCDE (2004).

(22) Flood, Stabile et Kontic (2005); Tuohy, Flood et Stabile (2000).

(23) Tuohy, Flood et Stabile (2000); Luigi Siciliani et Jeremiah Hurst, *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n° 7, 7 octobre 2003.

(24) Hurley *et al.* (2002); Buckett (2005).

(25) OCDE (2004); Buckett (2005).

- La rémunération plus élevée dans le secteur privé constitue également un incitatif à retarder les chirurgies dans le secteur public, c'est-à-dire à y maintenir de longues listes d'attente, de sorte que les patients peuvent être tentés ou forcés de se diriger vers le secteur privé plus lucratif. Ces préoccupations semblent devenir plus critiques lorsqu'il y a pénurie de médecins⁽²⁶⁾.
- Des préoccupations éthiques peuvent également se faire jour dans le système privé lorsque des médecins deviennent entrepreneurs au sein de firmes ou cliniques privées vers lesquelles ils dirigent des patients ayant une assurance privée⁽²⁷⁾.
- Les assurances privées duplicatives ont dégagé des fonds pour le renforcement des capacités dans le secteur hospitalier privé, plus particulièrement en Australie. Elles génèrent également des revenus additionnels pour les hôpitaux publics, lesquels, en Australie et au Royaume-Uni, sont autorisés à traiter des patients du secteur privé⁽²⁸⁾.
- Les secteurs public et privé de soins de santé ne sont pas parfaitement interchangeables. Les hôpitaux et services privés ont tendance à se spécialiser dans des interventions non urgentes et moins compliquées. Les personnes assurées dans le privé doivent donc continuer de compter sur le secteur public pour les besoins urgents. Elles continuent de se prévaloir des soins financés par l'État même si elles sont protégées par un régime privé. Une intervention chirurgicale financée par le privé s'accompagne souvent d'une panoplie de services pré- et post-opératoires connexes, comme des visites et des tests diagnostics, dont beaucoup sont fournis par le système public. On a fait valoir que les services privés « écrèment » la demande en traitant les cas moins compliqués et en laissant aux hôpitaux publics un éventail relativement plus complexe et dispendieux d'interventions⁽²⁹⁾.
- Il s'est avéré que le déplacement de la demande et des coûts du secteur public vers le secteur privé par les régimes privés duplicatifs est faible. Un autre facteur importe peut-être davantage : les faits tendent à démontrer que l'assurance privée duplicative a favorisé un accroissement de l'intensité du traitement et de l'utilisation en général plutôt qu'un simple déplacement de la demande du système hospitalier public vers le privé⁽³⁰⁾. En Australie, les économies de fonds publics sont aussi neutralisées par les subventions publiques versées aux acheteurs d'assurances privées.
- Les possibilités d'économies dans le secteur public sont en outre limitées par les intrants des soins de santé. L'offre de nombreuses ressources – comme les médecins, les infirmières et les techniciens – est relativement inélastique à court terme. Les secteurs public et privé doivent donc entrer en concurrence pour obtenir ces ressources limitées, ce qui peut faire

(26) Buckett (2005); Flood, Stabile et Kontic (2005); Trudo Lemmens et Tom Archibald, « The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care », dans Flood, Roach et Sossin (2005), p. 323 à 346; Siciliani et Hurst (2003).

(27) Lemmens et Archibald (2005).

(28) OCDE (2004).

(29) Buckett (2005); Tuohy, Flood et Stabile (2000).

(30) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

augmenter le coût des intrants. En Australie et au Royaume-Uni, les médecins peuvent être trois ou quatre fois mieux payés s'ils travaillent dans le secteur privé que dans le secteur public⁽³¹⁾. Le résultat net est que, en présence d'une assurance duplicative, le secteur public doit ou bien fournir moins de ressources ou bien augmenter le financement afin de maintenir les niveaux antérieurs réels de service⁽³²⁾.

- Dans l'ensemble, les faits donnent à penser que les assurances privées duplicatives ajoutent aux dépenses totales consacrées aux soins de santé sans réduire de manière importante le financement public⁽³³⁾. On ne saurait trop dire cependant si ces assurances ont entraîné une diminution de l'appui au système de santé public⁽³⁴⁾.

CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA

L'arrêt *Chaoulli* a ouvert la voie à l'assurance privée duplicative dans le domaine de la santé, du moins d'un point de vue juridique. Il s'ensuit qu'il n'est plus possible de simplement débattre de la question de savoir si un marché privé pour l'assurance-santé a sa raison d'être. Désormais, il s'agit plutôt de trouver la meilleure façon de mettre à contribution le marché de l'assurance privée duplicative en tenant compte des leçons tirées de l'expérience d'autres pays.

D'une part, il n'est pas encore certain qu'un marché privé actif de l'assurance-santé duplicative se développera au Québec. Un tel marché n'existe ni en Saskatchewan, ni au Nouveau-Brunswick, ni en Nouvelle-Écosse ni à Terre-Neuve-et-Labrador, bien qu'aucun obstacle législatif ne s'oppose à une assurance privée pour des services de santé couverts par le régime public. Si un marché pour l'assurance privée duplicative se mettait en place au Québec, on pourrait raisonnablement s'attendre à des contestations judiciaires semblables à l'affaire *Chaoulli* dans les cinq autres provinces où ce type d'assurance est interdit. Il se pourrait bien également que certaines de ces provinces décident de lever leur interdit à l'égard de l'assurance privée duplicative, afin d'aligner leur démarche en matière de santé sur l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli*.

(31) OCDE (2004).

(32) Hurley *et al.* (2002).

(33) OCDE (2004).

(34) Tuohy, Flood et Stabile (2000).

Les Québécois et les autres Canadiens qui financent actuellement leurs soins dans le secteur privé seraient les premiers à vouloir acheter une assurance-santé privée duplicative. Le montant des primes réclamées par les assureurs privés déterminerait alors le segment de la population qui, à part ce groupe, serait intéressé par une telle assurance⁽³⁵⁾. Toutefois, la documentation disponible donne à penser que l'assurance duplicative ne serait pas facilement accessible aux personnes ayant déjà des problèmes de santé. Elle ne serait pas non plus disponible pour les personnes aux revenus insuffisants. On ne sait trop combien de résidents du Québec et du reste du Canada achèteraient de l'assurance privée, mais on peut supposer qu'elle profiterait plutôt aux mieux nantis sur les plans des finances et de la santé, comme l'indiquent les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni.

La capacité des Canadiens d'acheter de l'assurance privée duplicative ferait certainement augmenter la demande de soins dispensés par le secteur privé et, comme en font foi les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni, cela stimulerait les investissements dans le renforcement des capacités du système privé parallèle, lequel inciterait alors les médecins à se désengager. Le nombre de médecins amenés à le faire par l'assurance-santé privée duplicative dépendrait du maintien ou de la suppression des facteurs de dissuasion économique actuels à la double pratique dans les lois provinciales. Puisqu'il existe maintenant une pénurie de médecins dans toutes les provinces, il y a un risque que l'expansion du système parallèle résultant de l'assurance privée duplicative réduise la disponibilité des médecins dans le régime public, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni en ont fait l'expérience.

En ce qui concerne les temps d'attente, d'aucuns avancent qu'un système privé de soins – financé par une assurance privée duplicative – pourrait servir de « soupape de sûreté » et prendre la relève lorsque les temps d'attente deviennent trop longs dans le régime public. Ce dernier pourrait diriger des patients vers le secteur privé au lieu de les envoyer aux États-Unis, comme cela arrive parfois à l'heure actuelle. Ces analystes soutiennent que, par conséquent, l'existence d'un secteur privé de soins a de bonnes chances de bénéficier non seulement à ceux qui sont assurés dans le privé, mais également à ceux qui demeurent dans le régime public⁽³⁶⁾. Un tel point de vue n'est toutefois pas corroboré par les faits à l'échelle internationale. On ne peut déduire des expériences de l'Australie, de Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni jusqu'à quel point l'assurance privée duplicative peut réduire les temps d'attente dans le secteur public.

(35) Si la protection duplicative était accordée en vertu d'une assurance-santé parrainée par l'employeur, la proportion de Canadiens protégés par une assurance privée serait plus importante que si la protection était offerte uniquement par le marché de l'assurance aux particuliers.

(36) Petkantchin (2005).

Par ailleurs, on a proposé que les gouvernements provinciaux interviennent afin de tirer le meilleur parti possible de l'assurance privée duplicative et d'en atténuer les incidences néfastes. Parmi les secteurs d'intervention possibles, mentionnons les suivants :

- réglementer les primes du secteur privé en exigeant une tarification uniforme (ce qui répondrait aux préoccupations touchant les inégalités);
- limiter les honoraires que les médecins peuvent imposer à leurs patients du secteur privé aux sommes qu'ils percevraient s'ils facturaient le régime public (ce qui découragerait le désengagement);
- encourager les patients assurés dans le privé à ne pas compter sur le régime public pour les services couverts dans le privé (ce qui maximiserait le transfert de coûts entre le secteur public et le secteur privé);
- tenir une seule liste d'attente pour les patients assurés dans les secteurs public et privé (ce qui assurerait un accès équitable aux services de santé, peu importe où les soins sont fournis);
- dans les hôpitaux publics, réserver de l'équipement à l'usage exclusif des patients protégés par le régime public (ce qui réduirait le risque que le gouvernement ne subventionne indirectement des services fournis par le secteur privé)⁽³⁷⁾.

On a également recommandé au gouvernement fédéral d'intervenir afin d'empêcher la multiplication des services de santé privés par suite de l'arrêt *Chaoulli*. Entre autres, le Nouveau Parti démocratique a proposé de modifier la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* de façon à : empêcher les provinces d'utiliser les fonds fédéraux pour subventionner des fournisseurs du secteur privé; empêcher les provinces d'autoriser les médecins qui fournissent des soins financés par l'État à fournir également des soins financés par le secteur privé; et exiger des provinces qu'elles présentent des rapports annuels sur l'affectation des paiements de transfert fédéraux au régime public⁽³⁸⁾. Pour sa part, l'ex-ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a proposé d'interpréter le critère d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* comme interdisant « que les médecins fournissent les mêmes services au sein du système public et dans le cadre d'un régime privé »⁽³⁹⁾. Ces deux propositions empêcheraient effectivement la double pratique de la part des médecins.

(37) OCDE (2004); Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec (2005).

(38) Nouveau Parti démocratique, « Layton veut une loi pour protéger le régime public d'assurance-maladie à la suite de la décision Chaoulli », communiqué, 6 octobre 2005.

(39) Santé Canada, « L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics », avis aux médias, 3 novembre 2005.

RÉACTIONS DU QUÉBEC ET DE L'ALBERTA À L'ARRÊT *CHAULLI*

En réponse à l'arrêt *Chaoulli*, le gouvernement du Québec a proposé deux solutions connexes : une garantie de six mois pour le temps d'attente conjuguée à une levée partielle de l'interdiction de l'assurance-santé privée duplicative⁽⁴⁰⁾. La garantie de six mois pour le temps d'attente s'appliquerait à certaines interventions chirurgicales non urgentes définies par voie de règlement. Au départ, elles seraient limitées à la hanche, au genou et à la cataracte. L'assurance privée duplicative ne serait autorisée que pour ces chirurgies non urgentes et se limiterait aux services fournis par des médecins désengagés. La démarche serait la suivante : en vertu de la garantie, les patients n'ayant pas été traités dans le délai prescrit de six mois auraient le choix de se faire opérer dans un autre établissement – dans la même région ou dans une autre – ou dans une clinique spécialisée affiliée au régime public. Si le délai d'attente dépassait neuf mois, les patients se feraient opérer à l'extérieur du Québec ou du Canada ou par des fournisseurs privés de soins, mais le régime provincial d'assurance-santé couvrirait l'ensemble des frais de l'intervention. Les patients ayant souscrit à une assurance privée duplicative pourraient en tout temps renoncer à leurs droits en vertu de la garantie du délai d'attente et obtenir un accès plus rapide à la chirurgie non urgente dans le secteur privé; seuls les médecins désengagés pourraient toutefois pratiquer l'intervention.

Afin de préserver l'intégrité de son régime public de soins de santé, le gouvernement du Québec a aussi proposé de limiter l'assurance-santé privée duplicative aux services de santé dispensés par des médecins désengagés. En outre, l'interdiction actuelle touchant la double pratique serait maintenue. Les propositions indiquent également que l'assurance privée duplicative devrait offrir une protection pour l'ensemble de la période du traitement, y compris la réadaptation et les soins à domicile. Le gouvernement du Québec est d'avis que la solution qu'il propose en réponse à l'arrêt *Chaoulli* fait en sorte que le secteur privé jouera un rôle complémentaire par rapport au régime public, et non un rôle concurrentiel⁽⁴¹⁾.

Le rôle envisagé pour l'assurance-santé duplicative dans le système de soins de santé québécois semble beaucoup plus limité que ceux qui existent en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. À plus long terme, le gouvernement provincial pourrait décider d'élargir la protection de l'assurance privée duplicative à un éventail plus large de services de

(40) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006).

(41) Sylvie Bourdeau, « Une ouverture aux cliniques privées et à l'assurance privée dans le secteur de la santé au Québec... la suite de l'arrêt *Chaoulli* », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, février 2006.

santé, ce qui laisserait davantage de place à la concurrence et moins à la complémentarité. Le maintien de l'interdiction de la double pratique contribuerait à limiter le potentiel de croissance du système privé parallèle.

Par comparaison, le gouvernement de l'Alberta envisage de supprimer l'interdiction actuelle visant l'assurance privée duplicative par suite de l'arrêt *Chaoulli*. Et, ce qui importe peut-être davantage, il envisage la possibilité de lever l'interdiction qui empêche actuellement les médecins de se retirer du régime, de façon à encourager la double pratique. La réforme proposée rapprocherait un peu plus le régime de soins de santé albertain de ce qui existe en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Contrairement aux médecins qui pratiquent dans ces pays, cependant, les médecins albertains s'adonnant à la double pratique devraient s'engager à consacrer un minimum de temps au régime public⁽⁴²⁾.

CONCLUSION

L'arrêt *Chaoulli* ouvre la voie à une assurance-santé privée duplicative non seulement au Québec, mais également dans certaines autres provinces, notamment l'Alberta. L'assurance privée duplicative est actuellement autorisée en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Conjuguée à la possibilité pour les médecins de s'adonner à la double pratique (c.-à-d. de travailler pour le régime public tout en pratiquant dans le secteur privé), l'assurance privée a stimulé le développement d'un système parallèle viable pour les soins de santé dans ces trois pays. L'assurance-santé privée duplicative a créé deux avantages importants : d'une part, un éventail plus large de fournisseurs éventuels et un accès plus rapide aux soins pour ceux qui peuvent se la permettre; d'autre part, des fonds additionnels pour le renforcement des capacités dans le secteur hospitalier. Toutefois, elle a aussi soulevé des préoccupations quant à l'égalité d'accès et à la longueur des temps d'attente. Il pourrait s'avérer utile pour le Québec et les autres provinces d'examiner les leçons tirées des expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni afin de maximiser les avantages de l'assurance-santé privée duplicative.

(42) Alberta Health and Wellness, *Health Policy Framework*, gouvernement de l'Alberta, février 2006; *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*, gouvernement de l'Alberta, novembre 2005.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberta Health and Wellness. *Health Policy Framework*, Gouvernement de l'Alberta, février 2006 (http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/policy_framework.pdf).
- Bourdeau, Sylvie. « Une ouverture aux cliniques privées et à l'assurance privée dans le secteur de la santé au Québec... la suite de l'arrêt *Chaoulli* », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, février 2006 (<http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/AllDoc/F6EF13A5D0D9992B85256C53006AA802?OpenDocument>).
- Buckett, Stephen J. « Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 173, n° 7, 27 septembre 2005, p. 745 à 747 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/7/745>).
- Chafe, Roger. « Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact », *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, automne 2005 (http://www.nlma.nf.ca/nexus/issues/fall_2005/articles/article_8.html).
- Colombo, Francesca, et Nicole Tapay. *Private Health Care Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers, n° 15, 2004 (<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>).
- Cour suprême du Canada. *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, 9 juin 2005 (http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/pub/2005/vol1/html/2005rcs1_0791.html).
- Emery, Herb, et Kevin Gerrits. *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*, Département d'économie, Université de Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1^{er} novembre 2005 (http://www.irpp.org/events/archive/nov05JDI/emery_gerrits.pdf).
- Evans, Robert G. « Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 347 à 368.
- Flood, Colleen M., Mark Stabile et Sasha Kontic. « Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 296 à 320.
- Flood, Colleen M., et Tom Archibald. « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).

- Gouvernement de l'Alberta. *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*, novembre 2005
(<http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/CaucusPrivateinsuranceOct19.pdf>).
- Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec. « L'arrêt Chaoulli et le système de santé du Québec : Sept propositions pour répondre au jugement de la Cour suprême », communiqué, Montréal, 21 novembre 2005
(<http://www.iss.uqam.ca/pages/pdf/CHcommuniqu%C3%A9.pdf>).
- Hurley, Jeremiah, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley et Deborah Cobb-Clark. *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the Study of Labour (Bonn, Allemagne), Discussion Paper Series, n° 515, juin 2002 (<ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf>).
- Jackman, Martha. « The Last Line of Defence for [Which] Citizens: Accountability, Equality and the Right to Health in Chaoulli », *Osgoode Hall Law Journal*, 2006, à venir.
- Lemmens, Trudo, et Tom Archibald. « The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 323 à 346.
- Madore, Odette. *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 17 mai 2005.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*, Gouvernement du Québec, février 2006
(<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>).
- Mossialos, Elias, and Sarah Thompson. *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E84885.pdf>).
- Nouveau Parti démocratique. *Layton veut une loi pour protéger le régime public d'assurance-maladie à la suite de la décision Chaoulli*, communiqué, 6 octobre 2005
(<http://www.npd.ca/page/1652>).
- OCDE. *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004. Pour un résumé de ce rapport, voir : OECD. *Private Health Insurance in OECD Countries – Policy Brief* (<http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>).
- Petkantchin, Valentin. *Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée*, Collection « Santé », Institut économique de Montréal, novembre 2005
(http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_en.pdf).

Santé Canada.

- « L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics », avis aux médias, 3 novembre 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_f.html).
- *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, décembre 2004 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/res/ar-ra_f.html).

Siciliani, Luigi, et Jeremiah Hurst. *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n° 7, 7 octobre 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>).

Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood et Mark Stabile. *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Université de Toronto, octobre 2000 (<http://www.chass.utoronto.ca/cepa/Private.pdf>).

